

**Invest. Medicoquir 2019 (abril-junio); 11 (2)**

**ISSN: 1995-9427, RNPS: 2162**

## **PRESENTACIÓN DE CASO**

### **Tumor glómico gástrico Gastric glomus tumor**

Lisette Chao González<sup>I</sup>, Ileana Gil Llanes<sup>II</sup>, Sheila Moret Vara<sup>III</sup>, Lisset Barroso Márquez<sup>IV</sup>, Marlén Mesa González<sup>V</sup>, Teresita Pérez González<sup>VI</sup>

I Especialista de II Grado en Gastroenterología. Doctor en Ciencias médicas. Profesor Titular. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

II Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de segundo año de Gastroenterología. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

III Especialista de I Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

IV Especialista de II Grado en Gastroenterología. Profesor Auxiliar. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

V Especialista de II Grado en Anestesiología y Reanimación. Profesor Auxiliar. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

VI Especialista de I Grado en Gastroenterología. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba

## RESUMEN

El tumor glómico es una neoplasia benigna con potencial maligno, derivada de células musculares lisas modificadas del cuerpo glómico. Es una enfermedad poco frecuente, localizada fundamentalmente en la dermis y tejido celular subcutáneo. Su presentación en el estómago es infrecuente. Presentamos una paciente femenina de 46 años de edad, que asiste al servicio de urgencia por cuadro de melena y astenia, sin otra sintomatología. En la endoscopia inicial realizada por urgencia, se evidencia lesión ulcerada, en el antro gástrico próxima a la incisura angular con sangrado activo, *Forrest 1b*, se realiza tratamiento con inyectoterapia y electrocoagulación con argón plasma. En la endoscopia superior evolutiva, se informa, lesión elevada a nivel de antro con vaso visible, concluyéndose como posible tumor de estroma gastrointestinal. Se realiza ultrasonido endoscópico con diagnóstico final de tumor de estroma gastrointestinal del antro gástrico. Se realizó exéresis del tumor. El estudio anátomo-inmuno-histoquímico informó alfa actina de músculo liso positivo, cromogranina negativo. KI- 67 10 %, concluyente de tumor glómico.

**Palabras clave:** tumor glómico, cuerpo glómico, estómago, inmunohistoquímica, ultrasonido endoscópico.

## ABSTRACT

The glomus tumor is a benign neoplasm with malignant potential, derived from smooth muscle cells modified from the glomus body. It is a rare neoplasm located mainly in the dermis and subcutaneous cellular tissue. Its presentation in the stomach is infrequent. We present a female patient of 46 years of age, who attends the emergency service for hair and asthenia without other symptoms. In the initial endoscopy performed by urgency, an ulcerated lesion was evidenced, in the gastric antrum near the angular incisura with active bleeding, *Forrest 1b*, treatment was performed with injective therapy and electrocoagulation with argon plasma. In the upper evolutionary endoscopy, it is reported, elevated lesion at the antrum level with visible vessel, concluding as

possible gastrointestinal tumor stroma. Endoscopic ultrasound is performed with final diagnosis of gastric antrum gastrointestinal tumor stroma. The tumor was excised. The immunohistochemical study reported positive smooth muscle alpha-actin, negative chromogranin. KI- 67 10 %, conclusive of glomus tumor.

**Keywords:** glomus tumor; glomus body, stomach, endoscopic ultrasound.

## INTRODUCCIÓN

El tumor glómico fue descrito por vez primera en 1924 por *Masson*, pero fue en 1948 que *De Bussacher* identificó el primer caso de tumor glómico gástrico, siendo en 1951 que *Key* y colaboradores realizaran el primer reporte en la literatura<sup>1,2</sup>. Es una neoplasia benigna, que se origina a partir de células musculares lisas modificadas, ubicadas en el cuerpo glómico, el cual es una anastomosis arteriovenosa, relacionada con la regulación de la temperatura en su localización periférica y del flujo sanguíneo arteriolar<sup>3</sup>. Se localiza fundamentalmente en la piel y tejido celular subcutáneo y menos frecuente en órganos viscerales. Su presencia gástrica es en extremo infrecuente y solo se reportan casos aislados<sup>4</sup>. La manifestación clínica más frecuente es el sangrado digestivo alto por ulceración del tumor; otros síntomas descritos son la dispepsia, el dolor abdominal y la obstrucción pilórica. Se han reportado casos esporádicos de tumor glómico maligno con presencia de metástasis a distancia<sup>5</sup>.

Se presenta un caso del género femenino, de 46 años de edad, con antecedentes patológicos personales de úlcera gástrica desde hace 3 años, que asiste a consulta de urgencia por astenia y melena, desde hace 5 días de instalación progresiva. Niega otros síntomas. Niega uso habitual de medicamentos, no tiene hábitos tóxicos. A la exploración física, se detecta; palidez cutáneo mucosa; signos vitales: FR: 20 respiraciones por minuto, FC: 112 latidos por minuto, tensión arterial: 110/72. Tacto rectal: se comprueba presencia de melena. Resto del examen físico, negativo. Se realiza endoscopia digestiva superior de urgencia, que informa úlcera en cara anterior del antro gástrico, *Forrest* 1b, se aplica inyectoterapia con epinefrina 1 x 10 000 y electrocoagulación con argón plasma, la paciente evoluciona satisfactoriamente

y es dada de alta 24 horas después. Se realiza endoscopia de seguimiento cuatro semanas después, observándose en cara anterior del antro gástrico lesión elevada, redondeada de aproximadamente un centímetro, de aspecto submucoso con vaso visible en su superficie y sin signos de sangrado activo. Se decide realizar ultrasonido endoscópico (USE) pues existe una sospecha endoscópica de variz gástrica aislada. (Figura 1). En el USE se informa, imagen redondeada homogénea, hipoecoica, de 25,5 x 28,6 mm que afecta la cuarta capa de la pared gástrica, con aumento de la vascularización al aplicar Doppler de color, sugestiva de un tumor del estroma gastrointestinal. (Figura 2). Se realizó tomografía axial excluyéndose enfermedad a distancia. Se decidió hacer la resección quirúrgica en cuña, de la tumoración.



**Figura 1:** Imagen endoscópica de lesión subepitelial.



**Figura 2:** Imagen ultrasonográfica de lesión que impresiona, correspondiente a la 4ta capa (muscular propia).

El reporte de anatomía patológica de la pieza quirúrgica, reportó: tumoración que mide 2 cm en su diámetro mayor, que compromete la submucosa y la muscular externa, con crecimiento expansivo y bordes de sección quirúrgicos libres de lesión. Patrón inmunohistoquímico alfa actina de músculo liso positivo. Tinción de cromogranina negativa. KI-67 en el 10 % de las células tumorales, compatible con glomangioma gástrico.

## **DESARROLLO**

El tumor glómico es un raro tumor benigno, derivado de células modificadas del músculo liso del cuerpo glómico. El cuerpo glómico, es una estructura neuromioarterial, que interviene en la regulación de la temperatura corporal periférica, y en el control del flujo sanguíneo arteriolar<sup>3,6</sup>. Se localiza fundamentalmente en la piel y el tejido celular subcutáneo, con preferencia por los lechos subungueales. Se describen casos localizados en huesos y articulaciones, músculo esquelético, mediastino, tráquea, riñón, útero, vagina y tracto gastrointestinal<sup>3,5</sup>.

La presentación gástrica del tumor glómico es en extremo rara, representan el 1 % de los tumores de estroma gastrointestinal<sup>7,8</sup>. Una revisión realizada a 1894 piezas quirúrgicas resecadas por tumores mesenquimales gástricos, reveló que en solo 11 casos (0,58 %), se diagnosticó tumor glómico<sup>9</sup>.

En su mayoría son tumores benignos, aunque se han reportado casos de tumores malignos (solo en 1 % de los tumores glómicos diagnosticados), con metástasis a hígado, cerebro, riñón y piel. Los criterios para sospechar malignidad en estos tumores fueron propuestos por *Folpe* y colaboradores: estos incluían la localización del tumor en capas profundas, tamaño mayor de dos cm, presencia de mitosis atípicas, con moderado y alto grado nuclear y más de 5 mitosis por 50 campos de gran aumento. En cuanto a los tumores gástricos se sugirió que el tamaño para sospechar malignidad fuera mayor de 5 cm<sup>10</sup>.

Los tumores glómicos en el estómago, se localizan con mayor frecuencia en el antro, por lo general son únicos y miden habitualmente entre 2 y 2,5 cm. Las manifestaciones clínicas son variables, desde casos asintomáticos hasta

cuadros dispépticos, anemia crónica, dolor epigástrico, náuseas y/o vómitos o como un sangrado digestivo agudo. Se presenta en hombres y mujeres con una proporción de 1:1,6 y una mediana de edad de 45 años<sup>4,7</sup>. El diagnóstico endoscópico es difícil, observándose como lesiones submucosas, indistinguibles de los tumores de estroma gastrointestinal (GITS), leiomiomas, lipomas, páncreas ectópico y tumor carcinoide. Por su origen submucoso, la biopsia obtenida por método convencional endoscópico no es útil para diagnóstico<sup>4,6,11</sup>.

Las técnicas de imagen (tomografía computadorizada, resonancia magnética y USE) tampoco son útiles para el diagnóstico diferencial de estos tumores. La mayoría de los casos reportados son diagnosticados por el estudio histológico de la pieza quirúrgica. Sin embargo, la biopsia por aspiración con aguja fina guiada por USE (USE-PAAF) resulta útil en el diagnóstico preoperatorio del tumor glómico de estómago<sup>6</sup>.

El estudio histológico del tumor glómico muestra células uniformes, pequeñas, redondas o poligonales, con membranas celulares muy visibles. El diagnóstico definitivo se basa en el estudio inmunohistoquímico, con positividad para actina de músculo liso, calponin, h-Caldesmon y negativos para desmina<sup>12</sup>. El tratamiento definitivo es quirúrgico<sup>12,13</sup>.

## **CONCLUSIONES**

En resumen, el tumor glómico gástrico es una rara entidad, difícil de diferenciar de otros tumores submucosos, siendo el estudio histopatológico e inmunohistoquímico indispensable para su diferenciación. La resección quirúrgica es el tratamiento definitivo. El USE-PAAF resulta de utilidad para el diagnóstico preoperatorio.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Ighihash H, Tonomura K, Kondo T, Nakashima N. Glomus Tumor of the Stomach. Japanese Journal of Surgery. 1977;7(4):253-57.
2. Ping H, Mei Ch, Dar J, Hong Y. Glomus tumor in the stomach. Abdom.Imaging. 2010;35:390-92.

3. Torres S, Ramos A, Lizárraga C. Tumor glómico atípico. Revisión de la literatura a propósito de un caso. *Dermatología.Rev.Mex.* 2006;50:109-14.
4. Castro C, Carlinfante G, Zizzo M, Giunta A, Ronzoni R, Azzolini F, Pedrazzoli C. Glomus Tumor of the Stomach: GI Image. *J Gastrointest.Surg.* 2017 Jun;21(6):1099-1101
5. Bansal N, Roychoudhury A. Gastric Glomus Tumour-A Rare Case Report. *JKIMSU.* 2018;7(1):111-14.
6. Kato S, Kikuchi K, Chinen K, Murakami T, Kunishima F. Diagnostic utility of endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy for glomus tumor of the stomach. *World.J.Gastroenterol.* 2015;21(22): 7052-58.
7. Tapia O. Tumor glómico gástrico: presentación de un caso. *Rev.Chil.Cir.* 2016;68(5):341-42.
8. Masahide E, Tomoya S, Kazuhiro Y, Takuya S, Tadahisa I, Yoshiharu Y, et al. A gastric glomus tumor resected using non exposed endoscopic wall inversion surgery. *Clin.J.Gastroenterol.* 2017 Dec;10(6):508-513
9. Wang ZB, Yuan J, Shi HY. Features of gastric glomus tumor: a clinic pathologic, immunohistochemical and molecular retrospective estudio. *Int.J.Clin.Exp.Pathol.* 2014;7(4):1438-48.
10. Shaesta Z, Arafah M. Malignant Gastric Glomus Tumor: A Case Report and Literature Review of a Rare Entity. *Oman Medical Journal.* 2016;31(1):60-4.
11. Correa M, Abril JA, Díaz M, de la Cruz A, Rey A. Tumor glómico gástrico: a propósito de un caso. *Cirug.Esp.* 2001;69(6):619-21.
12. Rosales E, Salceda JC, Angulo D, Posada JA, Canchola G, Lozoya D. Glomangioma gástrico, diagnóstico diferencial de tumores del estroma gastrointestinal. *Rev.Gastroenterol.Mex.* 2017;83(1):72-4.
13. Chen K, Chen L. Glomus tumor in stomach: A case report and review of the literature. *Oncol Lett.* 2014 Jun; 7(6): 1790–1792.

Recibido 23 de diciembre de 2018      Aceptado 20 de mayo de 2019

Lisette Chao González. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. Calle 216 esquina a 11b. Siboney. Playa. La Habana, Cuba.

Teléfono: 7 858 1000